

Programa Piloto del Condado de Alameda
Empleo Documentación (REV. NOV 2022)



Imprimir nombre del Padre / Cuidador _____

Nombre del Negocio/ Compañía _____ Teléfono del Negocio/Compañía _____

Dirección del Negocio/ Compañía _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Horario comercial habitual _____ Fecha de Contratación _____

Breve descripción del tipo de trabajo _____

Dirección real del sitio de trabajo (si es diferente de la anterior) _____

Nombre del supervisor _____ Número de teléfono del supervisor _____

Mi horario de trabajo es el siguiente:

Si el horario es **ESTABLECIDO**, proporcione la hora de comenzar y terminar por día. (ejemplo: 8am-5pm)

	DOM	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Horario de trabajo	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:
	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:

Si el horario es **VARIABLE** o **EN LLAMADA**, por favor marque todos los días posibles de trabajo

DOM LUN MAR MIÉ JUE VIE SÁB Número total de horas por semana: _____

Horario más temprano que pueda empezar el trabajo:	Y	Horario más tarde que pueda terminar el trabajo:
Horas mínimas por día:	Y	Horas máximas por día:
Días mínimos por semana:	Y	Días máximos por semana:

Estoy solicitando servicios de cuidado infantil en los siguientes días y horarios y entiendo que mi solicitud puede o no ser aprobada:

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:	Comenzar:
Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:	Terminar:

- Mi solicitud incluye TIEMPO DE VIAJE (no exceder 1/2 horas diarias trabajadas, máximo 4 horas diarias)
- Mi solicitud incluye TIEMPO DE DORMIR (Horas autorizadas de empleo y viaje entre las 10:00 PM y las 6:00 AM)

Doy fe y declaro bajo pena de perjurio y las leyes de California que la información proporcionada es verdadera y correcta.

MI FIRMA AUTORIZA A MI EMPLEADOR A COMPARTIR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE EMPLEO.

Firma del Padre/Cuidador _____ Fecha _____

- Ponerse en contacto con mi empleador pondría en riesgo mi empleo. Entiendo que pueden ser necesarios otros medios de verificación.

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE 4Cs / FOR 4Cs STAFF USE ONLY (see Title 5, §18086)

Verification: Date: _____ Time: _____

Name and Title of employer representative: _____

Comments/Notes: _____

Staff name: _____ Staff signature: _____